

La nouvelle check-list au bloc opératoire

Francis Bonnet

Université Pierre-et-Marie-Curie Paris-V,
service d'anesthésie-réanimation,
hôpital Tenon, AP-HP, 75020 Paris.
francis.bonnet@tnn.aphp.fr

La notion de check-list est dérivée des procédures sécuritaires établies dans l'industrie et notamment dans l'aviation civile. Le principe est d'effectuer une vérification systématique du matériel avant la mise en route d'une procédure. En ce qui concerne l'anesthésie, le principe d'une check-list avant l'ouverture d'une salle d'anesthésie était établi depuis longtemps et appliqué quotidiennement. Cette check-list portait essentiellement sur le matériel utilisé et consistait en une suite d'opérations effectuées systématiquement et dans un ordre prédéterminé. L'objectif était de ne pas se retrouver, en cours d'anesthésie, dans une situation difficile, préjudiciable au patient, à la suite d'une défaillance de matériel. Ainsi, la vérification des gaz administrés pendant l'anesthésie, celle de leur possibilité de suppléance, des différentes fonctions du respirateur faisaient et font toujours partie de la check-list. La détection d'un défaut de procédure interrompait l'ensemble des opérations jusqu'à résolution de celui-ci. Avec le temps, cette check-list s'est automatisée, les stations d'anesthésie faisant elles-mêmes le contrôle des différentes fonctions avant leur mise en route. Malgré ces contrôles extrêmement précis, les publications scientifiques, voire la presse grand

public, se font périodiquement l'écho des erreurs liées à la pratique de la chirurgie telles que : erreur de côté, oubli de compresse ou de champs dans le site opératoire, erreur transfusionnelle, etc. Ces erreurs qui dépassent le cadre strict de l'anesthésie peuvent prendre leur source dans les interactions qui existent entre les différents professionnels travaillant au bloc opératoire, et soulignent le fait que les erreurs humaines sont plus fréquentes que les défaillances techniques. Le défaut de communication entre les professionnels (chirurgiens, anesthésistes, infirmières) peut être, en effet, à l'origine d'erreurs d'interprétation qui conduisent à des erreurs médicales. L'extension du concept de check-list à l'ensemble des procédures de bloc opératoire devait donc améliorer la sécurité des patients. L'évaluation de cette hypothèse a fait l'objet d'une étude prospective menée dans 8 hôpitaux nord-américains.¹ Cette étude, publiée en 2009, a consisté à évaluer le devenir des patients avant et après mise en place d'une check-list de bloc opératoire qui impliquait l'ensemble des acteurs de soins. Avant l'induction de l'anesthésie, il fallait vérifier :

- l'identité du patient, son consentement et faire confirmer au patient le côté à opérer ;
- que le site d'intervention était marqué sur le patient (ou qu'il n'y avait pas d'indication à un tel repérage) ;
- que le capteur de l'oxymètre de pouls était placé sur le patient et

que le moniteur était fonctionnel ;

- que tous les intervenants avaient connaissance d'une allergie éventuelle ;
- que les voies aériennes du patient et le risque d'inhalation avaient été évalués et que les équipements appropriés à la prise en charge de ce type de problème étaient disponibles ;
- que s'il existait un risque d'hémorragie supérieure à 500 mL (7 mL/kg chez les enfants), les accès veineux et les solutés adaptés étaient disponibles.

Avant l'incision chirurgicale, les intervenants devaient confirmer :

- qu'ils s'étaient tous (infirmières, anesthésistes, chirurgiens) présentés et avaient précisé leur rôle (M^{me}... infirmière panseuse, etc.) ;
- qu'ils connaissaient l'identité du patient, le site d'intervention et la procédure ;
- et revoyaient les événements critiques prévus : les chirurgiens revoyaient les étapes critiques de l'intervention, sa durée et les pertes hémorragiques anticipées ; les anesthésistes revoyaient les problèmes spécifiques du patient ; les infirmières (ayant le diplôme d'État d'infirmière de bloc opératoire) confirmaient la stérilisation des équipements et leur disponibilité, une confirmation de l'antibioprophylaxie était faite ou de l'absence d'indication de l'antibioprophylaxie ;
- la disponibilité dans le bloc opératoire de l'imagerie concernant le patient était confirmée.

Enfin, avant que le patient ne quitte le bloc opératoire, les infirmières vérifiaient que la procédure avait

été enregistrée, que les prélèvements opératoires étaient correctement étiquetés, avec notamment le nom du patient, et que tout problème concernant les équipements avait été pris en compte. Le chirurgien, l'infirmière de bloc, l'anesthésiste avaient revu ensemble les points concernant le soin du patient et son évolution. Avant la mise en place de la check-list, 3 333 patients adultes ont été ainsi suivis, et 3 955 après. Le résultat le plus important a été une baisse significative de la mortalité hospitalière de 1,5 % à 0,8 % ; la morbidité a diminué de 11 à 7 %. Vu sous un autre angle, la mortalité a donc diminué de 80 % et la morbidité de 36 %. Les raisons de cette amélioration faisaient notamment intervenir l'amélioration de l'observance vis-à-vis de l'antibioprophylaxie. Par ailleurs, la check-list a pu éviter des erreurs médicales qui, bien que rares, auraient eu des conséquences désastreuses pour les patients (erreur de côté). Dans un contexte où les erreurs médicales sont légitimement mises à l'index et où une « professionnalisation » de leur prévention s'avère nécessaire, la mise en place en routine de ce type de procédure a été encouragée à la suite de cet article par l'Organisation mondiale de la santé et, en France, par la Haute Autorité de santé. La mise en place progressive de cette check-list s'effectue dans les établissements de santé médico-chirurgico-obstétricaux. Des éditoriaux récents² soulignent la révolution culturelle que représente

Check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire »

Adaptée de la check-list de l'Organisation mondiale de la santé *WHO surgical safety checklist* <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en>, © World Health Organization 2008.
N/A : non applicable ; N/R : non recommandé.

AVANT L'INTERVENTION CHIRURGICALE

Temps de pause avant incision

Vérification « ultime » croisée au sein de l'équipe :

• identité patient correcte	☐ Oui	☐ Non
• intervention prévue confirmée	☐ Oui	☐ Non
• site opératoire correct	☐ Oui	☐ Non
• installation correcte	☐ Oui	☐ Non
• documents nécessaires disponibles	☐ Oui	☐ N/A

Partage des informations essentielles dans l'équipe sur des éléments à risque/points critiques de l'intervention :

• sur le plan chirurgical (temps opératoire difficile, points spécifiques de l'intervention, etc.)	☐ Oui	☐ Non	
• sur le plan anesthésique (risques potentiels liés au terrain ou à des traitements éventuellement maintenus)	☐ Oui	☐ Non	
• antibioprophylaxie effectuée	☐ Oui	☐ Non	☐ N/R

AVANT INDUCTION ANESTHÉSIE

Temps de pause avant anesthésie

Identité du patient :

• le patient a décliné son nom, sinon, par défaut, autre moyen de vérification de son identité	☐ Oui	☐ Non
--	------------------------------	------------------------------

L'intervention et le site opératoire sont confirmés :

• idéalement par le patient et dans tous les cas, par le dossier ou par une procédure spécifique	☐ Oui	☐ Non
• la documentation clinique et paraclinique nécessaire est disponible en salle	☐ Oui	☐ Non

Mode d'installation :

• le mode d'installation est connu de l'équipe en salle, cohérent avec le site/intervention et non dangereux pour le patient	☐ Oui	☐ N/A
--	------------------------------	------------------------------

Le matériel nécessaire pour l'intervention est vérifié :

• pour la partie chirurgicale	☐ Oui	☐ Non
• pour la partie anesthésique	☐ Oui	☐ Non

Vérification croisée par l'équipe de points critiques et des mesures adéquates à prendre :

• allergie du patient	☐ Oui	☐ Non
• risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque	☐ Oui	☐ Non
• risque de saignement important	☐ Oui	☐ Non

APRÈS INTERVENTION

Pause avant sortie de salle d'opération

Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe :

• de l'intervention enregistrée	☐ Oui	☐ Non
• du compte final correct des compresses, aiguilles, instruments, etc.	☐ Oui	☐ N/A
• de l'étiquetage des prélèvements, pièces opératoires, etc.	☐ Oui	☐ N/A
• du signalement de dysfonctionnements matériels et des événements indésirables	☐ Oui	☐ Non

Prescriptions :

• les prescriptions pour les suites opératoires immédiates sont faites de manière conjointe	☐ Oui	☐ Non	☐ N/R
---	------------------------------	------------------------------	------------------------------

l'application de cette check-list dans l'organisation du travail et son impact sur la morbidité et la mortalité que d'autres études s'attachent à vérifier.³ Ces résultats montrent que, au-delà de l'innovation technologique, des

progrès significatifs peuvent être faits en médecine grâce à l'amélioration de l'organisation du travail. •

L'auteur déclare ne pas avoir de conflit d'intérêts.

RÉFÉRENCES

1. Hayne AB, Weiser TG, Berry WR, et al. Safe Surgery Saves Lives Study Group. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in global population. *N Engl J Med* 2009;360:491-9.
2. Toff NJ. Checklist culture. We need a safety system (and an operation manual). *BMJ* 2010;340:c917.
3. Weiser TG, Haynes AB, Dziekan G, Berry WR, Lipsitz SR, Gawande AA. Effect of a 19-item surgical safety checklist during urgent operations in a global patient population. *Ann Surg* 2010;251:976-80.